

уступают по своей значимости внешним факторам. Таким образом, женщины склонны приписывать причины своего нездоровья внешним обстоятельствам, тем самым демонстрируя действие атрибутивных механизмов.

Для женщин с детьми наиболее актуальные и проблемные сферы - взаимоотношения с мужем и материальное благополучие.

Различия между женщинами, имеющими и не имеющими детей, по исследованным факторам обусловлены демографическими особенностями групп. Так, группа женщин, не имеющих детей, более однородна по своему составу, ее можно охарактеризовать так: это в основном молодые девушки в возрасте до 28 лет, не замужем, с высшим или незаконченным высшим образованием, имеющие средний уровень доходов. Группа женщин, имеющих детей, более разнородна по своему составу: это в основном женщины в возрасте от 28 до 35, замужние, с низким уровнем дохода (из расчета на человека). Примерно одинаково в данной выборке соотношение женщин со средним и высшим образованием.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод: несмотря на то, что здоровье и высокое качество жизни являются у женщин приоритетными ценностями, на практике эти ценности не реализуются. Все обследованные хотят быть богатыми и здоровыми, но при этом достичь поставленной цели удастся лишь немногим, потому что лишь немногие могут со всей ответственностью, преодолевая свою лень и стремление к сиюминутным радостям, реализовать свой образ счастливой жизни.

Н. В. Гафарова, И. Г. Мусихина, Л. Т. Баранская

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

В основе оказания помощи соматическим пациентам, в особенности имеющим хронические заболевания, лежит понимание болезни как единства соматических и психологических дисфункций. В связи с этим очевидной становится необходимость включения в лечебно-реабилитационный процесс психологического сопровождения. Психологическое сопровождение лечебного процесса понимается как комплексная программа создания и использования пространства для принятия пациентом эффективных решений,

направленных на обеспечение желаемого им уровня здоровья с учетом ситуации жизненного выбора, то есть проблемной ситуации, при разрешении которой пациент определяет для себя путь прогрессивного или регрессивного развития [5].

Жизнь больного сахарным диабетом значительно изменяется в связи с позитивной динамикой заболевания. Больные сахарным диабетом вынуждены переносить регулярные госпитализации [2,8,9]. При сахарном диабете I типа пациенты зависят от инсулинотерапии для предотвращения кетоацидоза. Болезнь требует значительного контроля больных за своим состоянием (измерение содержания глюкозы в крови, прием препаратов или инъекции инсулина), изменения привычного режима питания. Наличие токсического радикала заболевания негативно отражается на динамических характеристиках деятельности больных, их выносливости в условиях физических и психических нагрузок [6]. Хроническая гипергликемия при диабете вызывает нарушения функций различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов [11], а также отрицательно влияет на репродуктивные функции [3].

В исследованиях, проведенных И.А. Новиковой, установлено, что при обоих типах сахарного диабета больные имеют низкий уровень качества жизни по соматическому, психологическому и социальному компонентам [7]. Другой стороной, связанной с заболеванием, является психосоциальное расстройство, диагностируемое у большинства пациентов [14].

Объективные характеристики сахарного диабета и субъективные характеристики больных повышают актуальность включения в лечебно-реабилитационный процесс психологического сопровождения, которое было бы нацелено на помощь в преодолении болезни и повышение качества жизни больных. Психологическое сопровождение осуществляется через обращение, прежде всего, к мотивационно-смысловой сфере личности [5]. Восприятие болезни на мотивационно-смысловом уровне отражает особенности эмоционального реагирования и соматического состояния больного, а также определяет изменения в его поведении и образе жизни, выбор стратегии совладания с болезнью [10].

Следует учитывать различия в клинических проявлениях при сахарном диабете I и II типа. Можно предположить, что так как сахарный диабет I типа и сахарный диабет II типа характеризуются различным возрастом начала заболевания, различной динамикой,

различными способами терапии, вероятно, имеется разница в их субъективном восприятии больными. Сахарным диабетом I типа чаще всего страдают люди молодого возраста, имеющие много нереализованных возможностей, недостигнутых целей, что обуславливает более острое и болезненное восприятие ограничений в жизни, накладываемых болезнью. При сахарном диабете II типа диагноз нередко может определяться уже при наличии осложнений, так как болезнь начинается незаметно, поэтому больные могут значительно тревожиться за свое здоровье и жизнь. Поэтому организация процесса психологического сопровождения, помимо нацеленности на активизацию внутренних ресурсов пациентов по совладанию с заболеванием, должна учитывать и эти специфические моменты.

С целью изучения характеристик мотивационно-смысловой сферы больных сахарным диабетом нами было проведено экспериментальное исследование.

Помощь в организации исследования оказали к.м.н. Н.Ф.Климушева, заместитель главного врача по стационару ОКБ № 1 г. Екатеринбурга, Л.К.Кочергина, заведующая эндокринологическим отделением ОКБ № 1 г. Екатеринбурга.

В исследовании приняли участие 32 пациента отделения эндокринологии ОКБ № 1 г. Екатеринбурга. Из них: 16 человек с диагнозом сахарный диабет I типа (СД 1), средний возраст пациентов - 26,75 лет, заболевание впервые выявлено до 16 лет; и 16 человек с диагнозом сахарный диабет II типа (СД 2), средний возраст - 52,44 года с длительностью заболевания в среднем 7,3 года. В обеих группах больных преобладали женщины: 9 человек из 16 в группе больных СД 1, 14 человек из 16 в группе больных СД 2. При формировании выборки был установлен возрастной критерий для отбора испытуемых: от 18 до 55 лет включительно.

Психодиагностика проводилась индивидуально с каждым испытуемым и включала использование следующих методик:

1. Ленинградский Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ), направленный на изучение типов психического реагирования на болезнь.
2. Методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСИД) Е.Б. Фанталовой [12], направленная на изучение осознаваемых ведущих

жизненных ценностей, целей и оценки их достижимости для субъекта.

3. Модифицированная проективная методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви для работы с психосоматическими пациентами, позволяющая исследовать смысловые установки в различных сферах [4].
4. Тематический апперцептивный тест, нацеленный на выявление мотивов, потребностей личности, в том числе и неосознаваемых [13].

Обработка полученных данных проводилась при помощи содержательного анализа и количественной оценки с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel.

Результаты исследования

По методике ЛОБИ при СД I преобладающим является сензитивный тип реагирования на болезнь. Больные чувствительны к межличностным отношениям, полны опасений, что окружающие избегают их из-за болезни, боятся стать обузой близким. При СД 2 выявлен тревожный тип: постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Как для СД I, так и для СД 2 отмечены высокие значения по неврастеническому (поведение по типу «раздражительной слабости»; нетерпеливость и вспышки раздражения, затем – слезы и раскаяние), сензитивному и паранойяльному типам. При этом, паранойяльный тип характерен для обеих групп в одинаковой степени, а неврастенический и сензитивный типы более выражены в группе больных СД I.

В группе больных СД I значительно выражены эйфорический (необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное, пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению) и анозогностический (активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях) типы психического реагирования на болезнь.

По методике «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСЦД) исследовались внутренние конфликты и внутренние вакуумы в отношении различных общечеловеческих ценностей [12]. Внутренние конфликты характеризуются недостижимостью желаемых ценностей («Ценно, но

недоступно»). Внутренние вакуумы отражают такие состояния, когда достижимость той или иной цели значительно превышает ее ценность («Доступно, но не ценно»).

В целом для обеих групп больных характерны ценность и одновременно недоступность здоровья и материально-обеспеченной жизни, счастливой семейной жизни, резкое снижение мотивации в таких сферах, как красота природы и искусства, познание, свобода как независимость в поступках и действиях.

По методике «Незаконченные предложения» исследовалась личностная дезадаптация и внутренние конфликты, связанные с установками в различных областях, среди которых: отношение к себе, к болезни, к семье, к работе, к межличностным взаимоотношениям. У больных СД 1 и СД 2 были обнаружены личностная дезадаптация, связанная со страхами и чувством вины.

Кроме того, у больных СД 1 выражены интрапсихические конфликты в отношении к болезни. Больные СД 1 в большем числе случаев болезнь воспринимают как помеху для реализации любых жизненных целей и испытывают в отношении нее отрицательные эмоции, также они склонны отрицать свою болезнь. Часто больные СД 1 в связи с болезнью упоминают ценность еды и определение жизненной стратегии, выстроенной вокруг болезни («моя болезнь – это образ жизни»).

У больных СД 2 выявлено неблагополучие в сферах отношения к противоположному полу и отношения к болезни. Они склонны связывать неудачи в работе, в личной жизни с наличием заболевания.

С помощью Тематического апперцептивного теста были обнаружены неудовлетворенные потребности и актуализированные мотивы, которые не осознаются пациентами.

Для большинства пациентов с СД 1 характерна потребность в отдыхе, для пациентов с СД 2 – как потребность в отдыхе, так и потребность в поиске помощи и агрессии. При этом под отдыхом понимается сон, релаксация, отпуск (например, отдых у моря) как способы преодоления чувства усталости, отвлечения от обязанностей и необходимости. Поиск помощи предполагает ожидание заботы, внимания и поддержки со стороны окружающих. Потребность в агрессии отражает склонность больных СД 2 проявлять агрессивные реакции в стрессовых, проблемных ситуациях. Кроме того, у больных СД 1 встречаются: сексуальная потребность (как желание чувственных отношений с противоположным полом, которое либо

невозможно удовлетворить, либо оно отрицается во внешнем поведении), потребность в аутоагрессии (то есть склонность к самообвинению, склонность к рискованному поведению, наличие суицидальных мыслей), отвержение (как стремление избегать эмоциональных контактов, стремление дистанцироваться от окружающих). Психологическая работа должна быть организована так, чтобы способствовать осознанию больными собственных мотивов и потребностей.

Полученные результаты в значительной степени совпадают с данными, описанными в литературе [1, 4].

Обсуждение результатов

В исследовании были выявлены особенности мотивационно-смысловой и эмоциональной сфер личности больных СД, что позволило определить направления психологического сопровождения.

Общими для больных сахарным диабетом I и II типов являются склонность к тревоге, к пассивности, покою и избеганию проблем. Данная болезнь порождает у пациентов страхи: особенно страх негативного (в связи с их диагнозом) отношения других при I типе сахарного диабета, страх осложнений и полной инвалидности при II типе сахарного диабета.

Актуализированность у больных СД потребности в отдыхе и пассивности определяет важность их обучения тайм-менеджменту (способствовать осознанию больными возможностей для расслабления, отдыха и развлечений без помех для реализации желаемых целей).

Больным сахарным диабетом I типа свойственна аутоагрессия, неудовлетворенная сексуальная потребность и тенденция к дистанцированию от окружающих.

Анализ результатов психодиагностики позволяет обнаружить, что при сахарном диабете I типа болезнь имеет преимущественно негативный (преградный) смысл. Она сужает сферу жизнедеятельности больных и часто выступает источником неудач в личной жизни и фрустрации потребности в достижениях. Имея негативный личностный смысл болезни, больные СД I склонны осуществлять поведение, связанное с риском для их физического благополучия, вытесняя знание о серьезности заболевания. Таким

образом, им удастся избежать чувства страха за свою жизнь. Например, они могут серьезно нарушать диету, употребляя нерекомендованные продукты питания, либо, наоборот, пропускать своевременный прием пищи, что в обоих случаях может приводить к осложнениям. Задача клинического психолога в данном случае состоит в том, чтобы помочь больным совладать со страхами, связанными с угрожающим характером заболевания, посредством формирования у больных адаптивных способов осуществления деятельности в отношении болезни.

Так как у больных СД I часто оказывается фрустрированной потребность в достижениях, психологическое сопровождение должно быть направлено на раскрытие возможностей пациентов (чего они могли бы достичь в условиях болезни).

Аутоагрессия, свойственная больным СД I, в ряде случаев требует глубинной, динамически ориентированной работы психотерапевта. При работе с аутоагрессией полезным может оказаться осознание больными отношения к себе. Можно также использовать элементы терапии, сфокусированной на решении (например, психологическая работа может быть направлена на выявление событий, провоцирующих аутоагрессию). Можно рассматривать случаи нарушения диеты не только как проявления отрицания болезни пациентами с СД I, но и как проявления аутоагрессии. Стратегия психологической работы с пациентами, не соблюдающими диету, может быть направлена на выявление обстоятельств и способов поведения больных в случаях соблюдения диеты, с определением факторов, облегчающих подобное поведение.

При работе с проблемой влияния болезни на личную жизнь, необходимо выявить другие возможные негативные факторы (например, существующие конфликты, материальные, жилищные проблемы). Далее определяются те характеристики болезни, которые влияют на личную жизнь, а также пути компенсации негативной роли болезни в личной жизни.

При работе с сексуальными проблемами у больных СД I важно выяснить происхождение проблемы (являются они психогенными либо соматогенными). Если выявляется психогенный характер проблемы, направление психологической работы далее определяется прояснением случаев отсутствия проблем, сопутствующих обстоятельств, поведения больного в этих случаях. Если выявляется физиологическая основа проблемы, тогда психолог работает в

направлении осознания больным дополнительных возможностей для удовлетворения собственной сексуальной потребности и для сохранения крепких взаимоотношений с партнером, также психологическая работа должна быть направлена на осознание больным необходимости обращения к специалисту, занимающемуся подобными вопросами.

Больным сахарным диабетом II типа присущи желание внимания, опеки и заботы со стороны других. Для больных сахарным диабетом здоровье является одной из главных ценностей. При сахарном диабете II типа личностный смысл болезни чаще всего конфликтный. Пациенты испытывают страдания, связанные с заболеванием, но при этом имеют возможность получать большую заботу и внимание от окружающих, а также склонны использовать болезнь как оправдание проявлениям эгоцентризма.

При конфликтном личностном смысле болезни у больных СД 2 формируется амбивалентное отношение к своему заболеванию, которое имеет отражение в поведении больного. В данном случае задача клинического психолога будет так же, как и при СД 1, состоять в работе со страхами больных. При этом возникает необходимость их информирования о способах профилактики возможных осложнений заболевания, с последующим формированием соответствующих способов деятельности больных, позволяющих контролировать свое состояние. Также при СД 2 важной становится работа, направленная на осознание больными мотивов, реализации которых способствует данное заболевание. Работая с выраженным желанием заботы и опеки со стороны окружающих у больных СД 2, психолог может быть нацелен на помощь в осознании чувств при получении заботы и внимания от других людей, в определении дополнительных конструктивных способов удовлетворения данной потребности. Важным является также определение способов осуществления самопомощи (кроме заботы о своем здоровье).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения пациентов с сахарным диабетом, направленного на активизацию и определение способов использования доступных ресурсов больных, что призвано способствовать увеличению эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004.
2. *Балаболкин М.И.* Сахарный диабет. М.: Медицина, 1994.
3. *Гиндикин В.Я.* Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. М.: Триада-Х, 2000.
4. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005.
5. Мировоззренческие и методологические предпосылки психологического сопровождения лечебного процесса // Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Блохина С.И. Психологическое сопровождение пациентов с врожденными и приобретенными дефектами и феморациями челюстно-лицевой области. Екатеринбург: «СВ-96», 2005, С. 9-20.
6. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987.
7. *Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Подходы к реабилитации больных с психосоматическими заболеваниями, основанные на качестве их жизни // Блохина С.И., Баранская Л.Т. (ред.) Психологическое сопровождение и организационно-медицинские алгоритмы реабилитации. Екатеринбург: «СВ-96», 2005, С. 187-194.
8. Профилактика сахарного диабета: Доклад исследовательской группы ВОЗ. Женева: ВОЗ, 1995.
9. *Радкевич В.* Сахарный диабет. М.: Грэгори-Пэйдж, 1996.
10. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
11. *Танбаева Г.З., Касымалиева Р.А.* Скрининг сахарного диабета II типа среди терапевтических больных пожилого возраста // Клиническая геронтология. №1. 2004, С. 9-11.
12. *Фанталова Е.Б.* Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: Издательский дом Бахрах-М, 2000.
13. *Яньшин П.В.* Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. С-Пб.: Изд-во Питер, 2004.
14. *Brooks R. J., Roxburgh S.* Gender differences in the effect of the subjective experience of diabetes and sense of control on distress. Health (London). №3, 1999, С. 399-420.